

# Sob o prisma da equidade: financiamento federal do Sistema Único de Saúde no estado da Bahia<sup>1</sup>

Under the prism of equity: federal financing of Unified Health System in Bahia state, Brazil

## Andrei Souza Teles

Universidade Estadual de Feira de Santana. Departamento de Saúde. Feira de Santana, BA, Brasil.  
E-mail: stdrei@hotmail.com

## Thereza Christina Bahia Coelho

Universidade Estadual de Feira de Santana. Departamento de Saúde. Feira de Santana, BA, Brasil.  
E-mail: tcuide@yahoo.com.br

## Milla Pauline da Silva Ferreira

Universidade Estadual de Feira de Santana. Departamento de Saúde. Feira de Santana, BA, Brasil.  
E-mail: millapauline@hotmail.com

## Resumo

O objetivo deste artigo é analisar a distribuição dos recursos financeiros federais para os municípios do estado da Bahia, em 2010, na perspectiva da equidade. A metodologia utilizou o modelo “Contas Nacionais de Saúde” para identificação do fluxo de recursos; o Índice de Desenvolvimento Humano Municipal (IDHM) como *proxy* das necessidades de saúde; e indicadores de oferta de serviços de saúde por macrorregião. As transferências federais totalizaram R\$ 2 bilhões, R\$ 146,36 *per capita*, sendo 20% dos recursos destinados aos 219 municípios com menor IDHM. Os 37 municípios com melhor IDHM detiveram 60% dos recursos, ou seja, mais de R\$ 1,23 bilhões. Evidenciou-se que 30% dos recursos (R\$ 615,45 milhões) foram destinados a 40% da população do estado, espalhada por 348 municípios, e mais de R\$ 1 bilhão foi transferido também para 40% da população, mas que se distribuía por apenas 17 municípios. A mais populosa das nove macrorregiões e de maior capacidade instalada recebeu, sozinha, 32,81% dos recursos. A macrorregião com mais equipes de saúde por habitante tinha o segundo melhor IDHM. Verificou-se grande concentração de recursos destinada a poucos municípios de grande porte populacional e com os mais altos IDHM, e fraco aporte para regiões com maiores necessidades de saúde.

**Palavras-chave:** Equidade em saúde; Recursos financeiros em saúde; Economia da saúde.

## Correspondência

Andrei Souza Teles  
Rua Travessa Roberto Santos, n 44, Bravo.  
Serra Preta, BA, Brasil. CEP 44.660-000.

1 Fontes de Financiamento: FAPESB (Edital Temático 65/ 2004 e 06 Bolsas IC) e CNPq (Bolsa de Mestrado).

## Abstract

This article aims to analyze the distribution of federal funding for the municipalities of the state of Bahia, in 2010, from the perspective of equity. The methodology used Brazil's "National Health Care Accounts" model to identify the flow of funds; Municipal Human Development Index (MHDI) as a proxy for health care needs; and health care supply indicators by macro-regions. Federal transfers totaled R\$ 2 billion, R\$ 146.36 per capita, 20% of these funds being destined to the 219 municipalities with the lowest MHDI indices. The 37 municipalities with the best MHDI indices received 60% of the funds; that is, over R\$ 1.23 billion. 30% of the funds (R\$ 615.45 million) were found to be destined to 40% of the state population spread through 348 municipalities, and over R\$ 1 billion was also transferred to 40% of a population distributed through only 17 municipalities. The most populous region in the nine macro-regions, which also had the highest installed capacity, received 32.81% of the funds alone. The macro-region with the highest number of health care teams per inhabitant had the second best MHDI. A great concentration of funds was found to be destined to few municipalities with large populations and the highest MHDI indices, but smaller regions with higher health care needs received a low volume of funds.

**Keywords:** Health care equity; Health care funds; Health economics.

## Introdução

O relatório final da VIII Conferência Nacional de Saúde foi sintetizado em três temas: (1) saúde como direito; (2) reformulação do Sistema Nacional de Saúde; e (3) financiamento do setor. A oitava proposição desse último enunciava que a distribuição justa de recursos financeiros deveria levar em consideração, além da população e arrecadação fiscal de cada região, suas condições de vida e de saúde (Brasil, 1986).

Passados quase 30 anos, o financiamento se mantém como significativo entrave ao alcance pleno dos princípios e diretrizes do Sistema Único de Saúde (SUS). Importante assinalar que o desafio do financiamento da saúde passa pela necessidade de ampliação dos recursos financeiros, tendo em vista a construção de um sistema público universal, integral e igualitário, mas também, certamente, pela melhoria da qualidade do gasto em saúde. Partindo do pressuposto que os recursos são limitados, racionalizar seu uso a partir das necessidades das populações pode, sem dúvida, representar ganhos em eficiência e, principalmente, em equidade na alocação de recursos no âmbito do SUS (Brasil, 2007).

Não esgotando os embates a respeito dos recursos necessários para o financiamento público da saúde no Brasil, foi aprovada a Lei Complementar nº 141 (LC 141), de 13 de janeiro de 2012, que regulamenta o § 3º do Art. 198 da Constituição Federal de 1988 e, por consequência, a Emenda Constitucional nº 29 (EC 29) de 13 de setembro de 2000 (Brasil, 2012). Se por um lado ratificou-se a obrigação dos estados e municípios destinarem, respectivamente, 12% e 15% de suas receitas ao setor da saúde, por outro, não foi aprovada a proposta original conhecida como PEC nº 196, na qual o governo federal deveria aplicar 10% da receita corrente bruta. Ou seja, manteve-se a norma já adotada na aplicação do valor do ano antecedente acrescido da variação nominal do Produto Interno Bruto (PIB) para a União.

É válido ressaltar que o processo de descentralização da gestão para estados e municípios representou um grande avanço para as políticas públicas de saúde. Em que pese o fato da participação relativa da União nos gastos com a saúde diminuir paula-

tinamente a partir da promulgação da EC 29, ao contrário dos estados e municípios que aumentaram a disponibilidade de suas receitas, reconhece-se que essa medida tenha incentivado a expansão de serviços de saúde, ainda que a equidade tenha sido pouco valorizada na política de alocação de recursos (Ugá et al., 2003; Brasil, 2011).

É consenso que os sistemas universais devam buscar a equidade como princípio orientador para que se atinja um melhor estado de saúde possível de uma população. Todavia, o termo “equidade” não foi referido de modo explícito na Carta Magna de 1988, que assegura a saúde como direito de todos e dever do Estado por meio de um acesso em caráter universal e igualitário a ações e serviços do sistema de saúde, e, tampouco, nas leis orgânicas da saúde (Campos, 2006). Apesar disso, a equidade vem sendo incorporada e interpretada tanto no discurso oficial quanto por atores sociais como importante princípio do SUS.

De todo modo, princípios como os da igualdade e equidade são essenciais em suas diferenças para o desenvolvimento do sistema de saúde. O princípio da igualdade está ancorado na definição de cidadania, por meio da qual todos os indivíduos são iguais e, portanto, detêm os mesmos direitos. A equidade, por sua vez, recupera a ética e a justiça em valores e regras de distribuição e reconhece que, por conta das diferenças existentes entre os indivíduos, faz-se necessário um tratamento diferenciado que possa compensar as desigualdades existentes. Ou seja, o tratamento desigual é justo quando executado em benefício de quem mais necessita (Vianna et al., 2001).

Em sentido amplo, a equidade é definida como a ausência de diferenças sistêmicas e minoráveis na saúde e em seus determinantes entre os grupos de diferentes gêneros, classes sociais, raças ou etnias. Tal definição exprime a ideia central de que as desigualdades existentes na sociedade não são determinadas naturalmente, mas sintetizadas por um processo histórico, bem como pelo modelo de organização e produção social (Braveman; Gruskin, 2003; Nunes, 2004).

Assim, o termo “iniquidade” tem dimensão moral e ética e representa uma situação tida como injusta no contexto social. As diferenças de saúde estabele-

cidas por conta de determinantes biológicos e por comportamentos individuais voluntários inadequados para a saúde são consideradas inevitáveis. Já as diferenças provocadas pela impossibilidade social de alterar um estilo de vida considerado prejudicial, a exposição a precárias condições de trabalho e a falta de acesso aos serviços públicos de saúde seriam ponderadas como evitáveis e injustas, logo, como iniquidades em saúde (Whitehead, 2000).

Em se tratando da distribuição de recursos públicos, a igualdade e a equidade são tidas como dois dos mais importantes princípios dos paradigmas de justiça. Disposições alocativas fundamentadas no princípio da igualdade canalizam estratégias para a universalização das políticas sociais, ao passo que decisões baseadas na equidade comumente implicam na focalização dessas políticas. A aplicação desses princípios repercute diretamente na estrutura de desigualdades de uma sociedade, nos gastos das políticas sociais e em seu processo de implementação e controle. A forma como se dá essa aplicação pode aumentar ou minimizar a estrutura existente. Essa discussão é extremamente oportuna no Brasil, onde os recursos são escassos e as desigualdades sociais levam a maior parte da população à dependência dos serviços oferecidos pelo Estado, fazendo que os resultados da alocação tenham impactos diretos e significativos na vida dos usuários, principalmente, daqueles que se encontram em maior necessidade (Medeiros, 1999).

O conceito de necessidade é polissêmico; contudo, traz uma ideia de restrição de liberdade de escolha ou mesmo de dependência (Coelho; Scatena, 2014). As necessidades em saúde, em uma concepção ampliada, dizem respeito não somente aos aspectos relacionados à atenção (doença, sofrimento, agravos), mas também englobam carências ou vulnerabilidades que expressam o que é necessário para se ter saúde. Envolvem, ainda, condições essenciais para o gozo da vida, sendo determinadas por contextos sociais e históricos (Hino et al., 2009).

No setor saúde, a equidade pode estar relacionada tanto à questão da acessibilidade quanto do financiamento. As desigualdades no acesso aos serviços e na qualidade da atenção à saúde têm se mostrado persistentes, atingindo mais fortemente as populações

com menor poder econômico (Nunes et al., 2014). As evidências dessa correlação e o fracasso no alcance dos Objetivos de Desenvolvimento do Milênio levaram o Conselho Econômico e Social das Nações Unidas a propor mudanças estruturais focadas na equidade distributiva a ser alcançada por meio de planos com ênfase na redução das desigualdades (Buss et al., 2014).

Vale ressaltar que um repasse financeiro igualitário não denota, necessariamente, uma distribuição equitativa, uma vez que a equidade na distribuição de recursos financeiros é aquela que se dá de modo a privilegiar municípios e/ou regiões em condições sanitárias e socioeconômicas desfavoráveis. Assim, a alocação de recursos para custeio de ações e serviços de saúde deve partir da base populacional e ir além, incorporando indicadores que sejam capazes de refletir as necessidades e mensurar as desigualdades em diferentes áreas geográficas (Ugá; Porto; Piola, 2012).

A busca por equidade na distribuição geográfica dos recursos fez com que diversos países adotassem metodologias no sentido de orientar a alocação de recursos considerando as necessidades de saúde das populações. A Inglaterra foi pioneira ao adotar, na década de 1970, a utilização da fórmula RAWP (*resource allocation working party*), que usava como *proxy* das necessidades de saúde a taxa de mortalidade padronizada por sexo e idade. A crítica principal a esse modelo se relacionou ao fato de utilizar apenas um indicador para representar as necessidades, sem observar o efeito da oferta. Um desenvolvimento posterior modificou a proposta ao incorporar dados de uso dos serviços para estimar demanda de saúde (Nunes, 2004; Coelho; Scatena, 2014; Porto et al., 2003). No Brasil, a tentativa de utilização desse modelo não se mostrou aplicável à realidade do SUS, gerando resultados inconsistentes (Porto et al., 2007).

Embora seja crescente o debate acerca da adoção de mecanismos distributivos, é inegável o aumento do gasto total em saúde alcançado por meio do aumento da participação de estados e municípios no financiamento dos serviços de saúde (Vazquez, 2011). Todavia, observa-se que o quadro brasileiro de alocação de recursos permanece favorável aos

municípios e às regiões que dispõem de maior capacidade instalada em detrimento dos que apresentam maior necessidade de serviços, acentuando as disparidades existentes (Mendes; Leite; Marques, 2011).

Nesse contexto, equidade no financiamento insere-se como uma imagem-objetivo que está relacionada, sobretudo, a uma distribuição adequada e justa dos recursos financeiros. Assim, ter o recurso financeiro é condição necessária, mas não suficiente, para que as ações e os serviços de saúde estejam ao alcance de quem mais necessita, pois a qualidade do gasto e sua distribuição de forma equânime, além de uma gestão racional que evite desperdícios, são imprescindíveis. Para enfrentar essa equação, gestores e planejadores da saúde devem atentar para implicações e responsabilidades decorrentes dos processos distributivos em curso (Coelho; Scatena, 2014; Sen, 2011).

Dada a importância de aprofundar o conhecimento sobre o fluxo financeiro destinado à saúde, este artigo teve por objetivo analisar a distribuição dos recursos financeiros federais para os municípios do estado da Bahia, na perspectiva da equidade, em 2010.

## Metodologia

O escopo do estudo abrangeu todo o estado da Bahia setorizado por meio do Plano Diretor de Regionalização (PDR), instrumento que detalha a organização da assistência e ordena o processo de regionalização da saúde de modo a reduzir as disparidades existentes entre os municípios e promover maior acesso da população a todos os níveis de atenção à saúde (Brasil, 2006a). De acordo com a última atualização do PDR oficializada pela Resolução da CIB nº 164, de 28 de maio de 2013 (Brasil, 2013), fazem parte da Bahia 417 municípios agrupados em 28 regiões de saúde e nove macrorregiões: Norte, Oeste, Centro-Norte, Centro-Leste, Nordeste, Leste, Sudoeste, Sul e Extremo Sul.

Constituíram fontes de dados da pesquisa, disponíveis na internet, o Sistema de Informações sobre Orçamentos Públicos de Saúde (SIOPS), para a extração dos dados referentes às transferências de recursos federais para os municípios; as informações

populacionais do censo de 2010 do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE); e o Atlas de Desenvolvimento Humano do Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento (PNUD), que foi utilizado na obtenção do Índice de Desenvolvimento Humano Municipal (IDHM). Vale frisar que a utilização de dados secundários viabiliza, economicamente, os estudos em saúde, valoriza os sistemas de informação, fornecendo subsídios para seu aperfeiçoamento, e estimula sua utilização na tomada de decisão, desde que se conheçam suas limitações.

O SIOPS é um instrumento de planejamento, gestão e controle social do SUS que reúne informações declaradas por municípios, estados e pela União sobre o financiamento das ações e serviços de saúde (Brasil, 2011). De acordo com as determinações da LC 141/2012 (Brasil, 2012), o registro e a atualização de dados no SIOPS pelos entes federados são obrigatórios, de modo a viabilizar a fiscalização e avaliação do financiamento da saúde no Brasil.

A coleta dos dados foi realizada entre agosto de 2013 e setembro de 2014, período no qual todos os 417 municípios da Bahia haviam declarado as informações sobre as transferências de recursos federais ao SIOPS, referentes a 2010, quando o estado contava com uma população de 14.016.906 habitantes. O ano de 2010, portanto, justifica-se do ponto de vista da completude de todas as bases de dados envolvidas.

O processo de mensuração dos diferenciais na alocação dos recursos federais destinados às secretarias de saúde dos municípios do estado da Bahia foi efetuado em dois momentos: montagem das tabelas para se conhecer a totalidade dos repasses federais realizados para as macrorregiões e, de forma desagregada, para os municípios; e análise das transferências em relação à dimensão da equidade.

O modelo que orientou a elaboração das tabelas foi o das Contas Nacionais de Saúde (CNS) - *National Health Accounts* (NHA) -, que tem por objetivo servir como instrumento de apoio à gestão orçamentária, desde a elaboração até a execução, devendo contribuir para o alcance das metas das políticas de saúde, já que permite seguir o fluxo dos recursos financeiros das origens até os usos. Neste estudo foi utilizada a primeira das quatro tabelas básicas do modelo: fontes de financiamento *versus* agentes de

financiamento. As fontes representam as entidades responsáveis por fornecer as verbas para o setor da saúde, enquanto os agentes são considerados os receptores intermediários por receberem e utilizarem esses recursos para pagar serviços e produtos (WHO, 2003).

As receitas públicas são conceituadas pelo governo brasileiro como “todos os ingressos de caráter não devolutivo auferidos pelo poder público, em qualquer esfera governamental, para alocação e cobertura de despesas públicas” (Brasil, 2004, p. 14). Na perspectiva orçamentária, as receitas cumprem alguns estágios (previsão, lançamento, arrecadação, recolhimento). Quando a transação já foi efetuada, a receita é considerada “realizada”. A vantagem da utilização dos valores correspondentes às receitas realizadas é que é informado o seu destino, quando são do tipo “vinculada”, ou seja, atendem a especificações da legislação vigente, sendo que a maior parte das transferências federais da saúde é desse tipo (Brasil, 2004).

Os repasses do ente federal se constituem em receita dos municípios para o financiamento e para a oferta das ações e dos serviços de saúde (Teles; Coelho, 2011). Dessa forma, foram consideradas transferências federais todas as receitas realizadas, no ano estudado, informadas devidamente pelos municípios ao SIOPS, cuja finalidade estava diretamente relacionada à saúde.

Para fins de padronização dos conceitos utilizados, o modelo CNS adota os princípios básicos do *System of Health Accounts* (SHA) da *Organization for Economic Cooperation and Development* (OECD) contidos no Manual de Classificação do SHA, o *International Classification for Health Accounts* (ICHA) (WHO, 2003). Como o SHA é mais útil para sistemas de saúde com uma única fonte de recursos, o CNS desagrega as categorias tornando-as mais flexíveis e adequadas à complexidade de países como o Brasil, tendo sido adaptado para nossos sistemas de informação (Rosa; Coelho, 2011).

A montagem das tabelas foi realizada em diferentes etapas que contemplaram a construção de instrumentos operacionais, nos quais foram acomodados os valores financeiros, e a coleta propriamente dita. Entretanto, esses momentos não poderiam

ser consecutivos e lineares, pois se retroalimentam, de maneira que, ao final da construção-alimentação, conseguiu-se obter a totalidade das fontes de financiamento (origem) utilizadas por todos os municípios agrupados em macrorregiões (eixo horizontal) e a totalidade dos agentes ou gestores do financiamento (eixo vertical), em uma única tabela.

Para analisar a descentralização dos recursos federais para as macrorregiões de saúde, foram utilizados os seguintes indicadores: transferências federais em saúde (TFS) - total de recursos financeiros federais repassados aos municípios entre 01/01 e 31/12/2010; transferências federais em saúde *per capita* (TFS *per capita*) - total de repasses federais realizados no ano dividido pela população do mesmo ano; média das TFS *per capita* do estado (TFS-ME *per capita*); relação entre TFS *per capita* e TFS-ME *per capita* -  $TFS\ per\ capita / TFS-ME\ per\ capita \times 100$ . Além disso, calculou-se a média do IDHM por macrorregiões e foram observados aspectos relacionados à capacidade instalada por meio dos seguintes indicadores de oferta de serviços de saúde: leitos totais e leitos SUS por habitantes; % de leito SUS; procedimentos de média complexidade (MC); procedimentos de alta complexidade (AC); número de equipes de saúde; equipes de saúde/10.000 habitantes.

Um fator que dificulta a análise com uso do IDHM é a capacidade instalada (oferta de serviços) que condiciona a demanda e o financiamento, sobretudo da média e alta complexidade (MAC), uma vez que o financiamento da Atenção Básica (AB) possui mecanismos redistributivos que utiliza critério populacional. Assim, o baixo IDHM pode ser reflexo de uma maior carência, entre outros aspectos, por serviços de saúde. Entre os fatores que contribuem para o aumento da expectativa de vida (um dos componentes do IDHM), está o aumento da oferta dos serviços de saúde que gera maior necessidade alocativa de recursos (Pelegrini; Castro; Drachler, 2005; Barreto; Carmo, 2007).

A análise da distribuição dos recursos federais para a totalidade dos municípios baianos, na perspectiva da equidade, lançou mão da Curva de Lorenz, uma representação gráfica de frequências acumuladas que compara a distribuição obtida por uma dada variável com o que seria uma distribuição

perfeitamente igualitária, representada por uma reta de inclinação de 45° (Hoffmann, 2002). Quanto mais distante se formar a curva de frequência relativa acumulada em relação a essa reta, maior será a desigualdade ou, a depender da variável utilizada, mais ampla será a iniquidade (Schneider et al., 2002; Matos, 2005).

No que tange às necessidades de saúde, uma medida que tenha por intuito representá-las constitui importante desafio para a distribuição equitativa dos recursos. Contudo, essa é uma questão para a qual não existe consenso, tampouco fórmula universal sobre o conjunto ideal de variáveis a ser utilizada nas mais distintas realidades das populações. Dada a dificuldade de mensurar as necessidades populacionais de saúde de modo preciso, uma série de experiências tem utilizado variáveis socioeconômicas, epidemiológicas e demográficas que apresentem evidência científica de associação positiva com as necessidades de saúde, constituindo importantes problemas tanto a disponibilidade quanto a confiabilidade dos indicadores para essas dimensões (Ugá; Porto; Piola, 2012; Vazquez, 2011).

Optou-se, assim, pela utilização do IDHM como medida das necessidades de saúde e indicador de desigualdades sociais e de saúde por ser de fácil acesso e refletir suficientemente a realidade socioeconômica dos entes pesquisados. Para a elaboração das curvas, os municípios foram ordenados em forma crescente de população, bem como em IDHM. No eixo das ordenadas, foi representada a proporção acumulada dos repasses federais realizados para os municípios baianos e, no eixo das abscissas, a proporção acumulada da população e do IDHM. A Curva de Lorenz foi dividida em dez décimos, no sentido crescente de concentração (Medeiros, 2006).

O IDHM é um indicador abrangente, obtido por meio de um ajuste metodológico ao Índice de Desenvolvimento Humano (IDH) global para adequação ao contexto dos municípios brasileiros e aos indicadores disponibilizados pelos censos demográfico do país. Compreende três dimensões do desenvolvimento humano: o grau de escolaridade, renda e o nível de saúde baseado na expectativa de vida, que reflete as condições de saúde e dos serviços de saneamento. O índice varia de 0 a 1 e, quanto mais próximo de 1,

maior o IDH de um município - de 0 a 0,499 é considerado muito baixo; de 0,500 a 0,599, baixo; de 0,600 a 0,699, médio; de 0,700 a 0,799 alto; e de 0,800 a 1, muito alto - inexistente na Bahia (PNUD, 2013).

## Resultados e discussão

A despeito dos avanços da descentralização dos recursos alocados no setor saúde, a participação do governo federal no financiamento do SUS se mantém como importante indutor de políticas para o desenvolvimento das ações de saúde. A transferência dos recursos financeiros federais para municípios tem ocorrido principalmente por meio de transferências regulares e automáticas, diretamente do Fundo Nacional de Saúde para os Fundos Estaduais e Municipais de Saúde, tendo como propósito, além de aproximar o financiamento das esferas subnacionais, ampliar os seus gastos em saúde. No entanto, a capacidade normativa do governo federal se firmou sobre as esferas infranacionais, passando a exercer cada vez maior regulação por meio das políticas de saúde (Coelho; Scatena, 2014; Brasil, 2003).

Em 2010, de acordo com os relatórios do SIOPS, as transferências federais para o estado da Bahia totalizaram R\$ 2.051.521.189,26, correspondendo a um valor *per capita* de R\$ 146,36. Desse total, 44,13% dos recursos foram repassados para a AB, sendo 49,04% para a MAC e 6,83% para outros blocos de financiamento.

O valor *per capita* reflete a distribuição igualitária contida nos mecanismos de transferência federal de base populacional. Contudo, ao mesmo tempo, ignora as diferentes necessidades de saúde entre municípios e regiões de saúde, ocultando as desigualdades existentes na distribuição dos recursos financeiros.

Cabe sinalizar que essa distribuição toma como base apenas a declaração dos municípios acerca dos repasses federais recebidos, deixando de lado os recursos movimentados pela Secretaria de Saúde do Estado da Bahia que praticamente não são repassados a eles (embora possam ser aplicados no setor da saúde desses municípios), pois financiam prioritariamente ações na MAC realizadas por unidades de atenção próprias e distribuídas de modo irregular pelo estado, com maior concentração na capital.

A Tabela 1 mostra a distribuição das TFS declaradas pelos municípios agregados em macrorregiões da Bahia, enquanto revela uma situação de grande desequilíbrio, principalmente quando comparada à TFS-ME *per capita* no estado. A macrorregião leste recebeu, em 2010, aproximadamente, R\$ 673,02 milhões, o equivalente a 32,81% das TFS de todo estado. Adicionando esse valor ao que foi repassado para as macrorregiões centro-leste e sudoeste, tem-se um total de R\$ 1,23 bilhões, o que significa apenas três macrorregiões terem recebido 60,17% do total das transferências federais, ficando as demais com menos de 40%.

**Tabela 1 – Transferências federais em saúde (TFS) declaradas pelos municípios do estado da Bahia, por macrorregiões, em 2010**

Macrorregiões	TFS (R\$)	%	TFS per capita (R\$)	TFS per capita / TFS-ME per capita
Leste	673.021.875,48	32,81	154,58	105,62
Centro-leste	292.373.781,51	14,25	139,33	95,20
Sudoeste	269.041.747,16	13,11	157,84	107,84
Sul	195.836.929,62	9,55	120,76	82,51
Norte	158.902.126,39	7,75	156,28	106,77
Oeste	128.579.258,74	6,27	146,64	100,19
Nordeste	86.000.016,99	4,19	105,75	72,25
Centro-norte	115.841.391,34	5,65	150,20	102,62
Extremo sul	131.924.062,03	6,43	173,54	118,57
<b>Bahia</b>	<b>2.051.521.189,26</b>	<b>100,00</b>	<b>146,36</b>	<b>100,00</b>

Fonte: Sistema de Informações sobre Orçamento Público em Saúde (SIOPS); Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE)

Observa-se que a macrorregião nordeste foi a que menos recebeu repasses federais tanto em termos absolutos (aproximadamente R\$ 86 milhões) quanto na distribuição dos recursos de forma *per capita* (72,25% da média estadual *per capita*). Ou seja, a realidade geográfica da situação nordestina se apresenta aqui duplamente representada em termos de desigualdade. Entende-se que o agrupamento dos municípios em macrorregiões já apresenta viés distributivo, pois agrega municípios menores ao redor de outros de maior porte que são sede das regiões de saúde e que detêm oferta de serviços compatível, relativizando (mas não eliminando) as diferenças de capacidade instalada entre as macrorregiões e ocultando os diferenciais de transferências. Esse dado se torna, então, importante, porque mostra diferenças significativas na distribuição de recursos, a despeito da regionalização buscar atender à estratégia de descentralização da atenção e da gestão e, com ela, a integralidade, o acesso e a equidade das ações do SUS.

Vale ressaltar que a análise da distribuição dos recursos *per capita* minimiza a interferência do porte populacional dos municípios que compõem as macrorregiões de saúde, uma vez que existem repasses, como no caso do Piso de Atenção Básica Fixo, nos quais os recursos são transferidos segundo número de habitantes. Entretanto, mesmo assim, verifica-se que os valores também continuaram oscilando consideravelmente. As transferências *per capita* variaram entre R\$ 105,75, na macrorregião nordeste, que se encontra 27,75% abaixo do valor *per capita* estadual, e R\$ 173,54, no extremo sul,

que representa 118,57% do *per capita* estadual. Ademais, os dados apresentados salientam que as TFS *per capita* para a maioria das macrorregiões (leste, sudoeste, norte, oeste, centro-norte e extremo sul) foram superiores à média estadual de R\$ 146,36.

O aumento das transferências ocasionado pela incorporação tecnológica na MAC além de manter o modelo de atenção inalterado penaliza regiões pobres com acentuadas necessidades de saúde (Nunes, 2004; Nunes et al., 2014; Porto et al., 2003; Vazquez, 2011). O critério de alocação de recursos adotado no país não leva em consideração as desiguais necessidades por serviços de saúde das populações por não integrar, na definição das transferências, variáveis determinantes dessas necessidades (Ugá; Porto; Piola, 2012).

Desse modo, para se observar melhor as iniquidades/desigualdades encontradas na distribuição dos repasses federais, é necessário explorar um pouco os efeitos prováveis da capacidade instalada nas macrorregiões. A Tabela 2 apresenta dados sobre a oferta de serviços de saúde que objetivam contextualizar e minimizar possíveis distorções dessa variável na interpretação dos resultados.

Naturalmente, a quantidade de leitos por habitante é capaz de fornecer uma ideia acerca da capacidade instalada em termos de serviços de saúde em um município ou região. A macrorregião leste, sede da capital do estado é, sabidamente, a que detém a maior capacidade instalada e maior número de leitos por habitante, seguida da macrorregião sul. Em decorrência, o número de procedimentos realizados na MAC foi bastante expressivo naquela macrorregião.

**Tabela 2 – População, IDHM médio e indicadores de oferta de serviços de saúde na Bahia, por macrorregião, em 2010**

Macrorregião	População	IDHM médio	Leitos/hab.	Leito SUS/hab.	% Leito SUS	Proced. MC/hab.	Proced. AC/hab.	Equipes de saúde	Equipes/10.000hab.
Leste	4.353.829	0,631	2,70	1,90	70	7,60	3,80	633	1,45
Centro-leste	2.098.402	0,589	2,00	1,80	90	3,20	0,30	583	2,78
Sudoeste	1.704.534	0,587	2,20	1,90	83	3,00	0,10	484	2,84
Sul	1.621.761	0,587	2,60	2,30	88	4,60	0,00	471	2,90
Norte	1.016.807	0,589	1,60	1,50	94	3,30	0,10	266	2,62
Oeste	876.843	0,600	1,90	1,70	89	3,60	0,00	213	2,43

Continua...

**Tabela 2 – Continuação**

Macrorregião	População	IDHM médio	Leitos/hab.	Leito SUS/hab.	% Leito SUS	Proced. MC/hab.	Proced. AC/hab.	Equipes de saúde	Equipes/10.000hab.
Nordeste	813.271	0,572	1,40	1,30	93	3,10	0,00	228	2,80
Centro-norte	771.253	0,584	2,40	2,20	92	2,70	0,00	225	2,92
Extremo sul	760.206	0,622	2,00	1,70	85	3,80	0,20	255	3,35
<b>Bahia</b>	<b>14.016.906</b>	<b>0,596</b>	<b>2,09</b>	<b>1,81</b>	<b>87</b>	<b>3,90</b>	<b>0,50</b>	<b>3358</b>	<b>2,40</b>

Fonte: Secretaria de Saúde do Estado da Bahia (BAHIA, 2012); Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE); Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento (PNUD)

As macrorregiões nordeste e norte se destacaram com a menor quantidade de leitos. Contudo, quando se observa a proporção de leitos SUS, a situação se altera consideravelmente, pois nessas macrorregiões, até 94% dos leitos eram fornecidos pelo SUS, enquanto na macrorregião leste não ultrapassaram 70%.

Vale notar, ainda, que em macrorregiões inteiras (nordeste, sul, oeste e centro-norte) não foram realizados procedimentos de AC. Ou seja, nem sempre o arranjo organizacional dos municípios pautado na estratégia de regionalização é suficiente para garantir, de fato, acesso a todos os níveis de complexidade.

Verificou-se, na macrorregião extremo sul, que 85% dos leitos foram ofertados pelo SUS e que foi realizado um pequeno número de procedimentos de AC. Essa é a macrorregião com o menor número de municípios e, também, a de menor população, se comparada a outras. Mas o que chama atenção é o fato dessa macrorregião ter o maior número de equipes de saúde por 10.000 habitantes, mais do dobro da macrorregião Leste, além de apresentar a segunda maior média de IDHM, o que leva à ideia, ainda que outros fatores estejam imbricados, de que uma forte AB pode vir a refletir no IDHM. Essa situação alerta, também, para a importância de como se gastam os recursos, e não apenas do quanto se recebe.

As macrorregiões leste, oeste e extremo sul apresentaram as maiores médias de IDHM. Na leste, 73% dos municípios se encontraram na faixa superior a 0,600, classificados como de médio ou alto IDHM, sendo válido ressaltar que fazem parte dessa macrorregião metade dos municípios de alto IDHM

presentes no estado. Por outro lado, na macrorregião nordeste, que contém os municípios com pior IDHM, cerca de 82% foram classificados na faixa de baixo ou muito baixo IDHM. Por conseguinte, essa macrorregião obteve a pior média (0,572).

O porte populacional se mostrou significativo na análise da relação entre o percentual acumulado dos recursos de saúde e o percentual acumulado da população, estando os municípios agrupados em ordem crescente de população (Gráfico 1). A curva de Lorenz apresentou certa concavidade em relação à reta de 45° de inclinação, ilustrando desigualdade na distribuição dos recursos. Embora o arco da curva não esteja muito pronunciado, essa desigualdade foi mais favorável ao conjunto de municípios com maior número de habitantes, posto que 30% dos recursos, aproximadamente R\$ 615,45 milhões, foram destinados a 40% da população, que se encontrava espalhada por 348 municípios do total de 417, enquanto 50% - o equivalente a mais de R\$ 1 bilhão - foram transferidos para 40% da população concentrada em apenas 17 municípios.

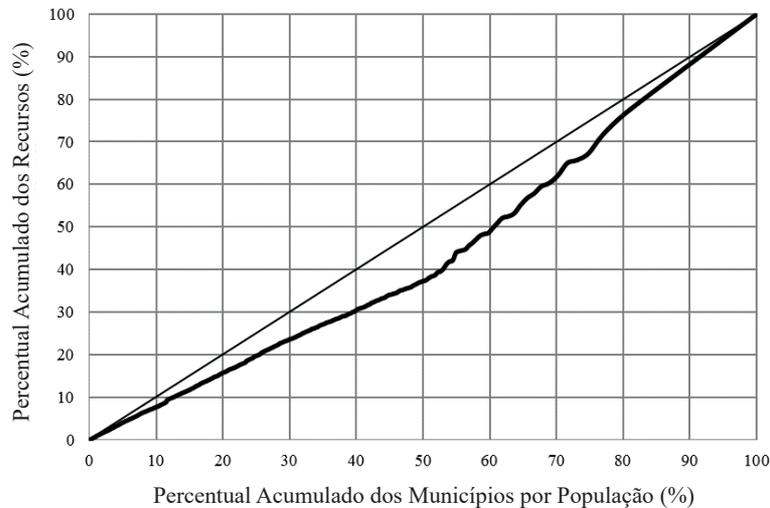
Sob o prisma da equidade, a distribuição de recursos para o SUS demanda mais que uma política de alocação de recursos, pautada, simplesmente, em um valor *per capita* igualitário. Devem ser realizados, sim, ajustes de base populacional, mas, sobretudo, devem ser consideradas as desigualdades entre as necessidades de saúde e a oferta de serviços encontrada nas macrorregiões, regiões de saúde e municípios (Buss et al., 2014; Porto et al., 2003).

A distribuição dos recursos federais de saúde para os municípios baianos apresentou uma clara relação de proporcionalidade com o IDHM: quanto

menor o IDHM, menor a transferência. Conforme evidencia a Tabela 3, a maioria dos municípios baianos (62,83%) apresentava baixo IDHM. As transferências federais para esse conjunto de muni-

cípios, que conta com 32,61% da população do estado (4.570.803 hab.), representaram 23,22% (R\$ 476,32 milhões) do total, resultando em uma transferência *per capita* de R\$ 104,21.

**Gráfico 1 – Distribuição dos recursos federais nos municípios do estado da Bahia por ordem crescente de população, em 2010**



Fonte: Sistema de Informações sobre Orçamento Público em Saúde (SIOPS); Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE)

**Tabela 3 – Distribuição dos recursos federais, no estado da Bahia segundo número de municípios, IDHM, população e per capita, em 2010**

	Índice de Desenvolvimento Humano Municipal (IDHM)							
	Muito baixo	%	Baixo	%	Médio	%	Alto	%
N de municípios	01	0,24	262	62,83	146	35,01	08	1,92
Transferências federais (R\$ em milhões)	2,30	0,11	476,32	23,22	890,74	43,42	682,17	33,25
População (hab.)	32.261	0,23	4.570.803	32,61	5.507.535	39,29	3.906.307	27,87
Transferências per capita (R\$)	71,19	-	104,21	-	161,73	-	174,63	-

Fonte: Sistema de Informações sobre Orçamento Público em Saúde (SIOPS); Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento (PNUD); Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE)

Notou-se a existência de 146 municípios (35,01%) com IDHM classificado como médio (39,29% da população), que receberam 43,42% (R\$ 890,74 milhões) dos repasses federais, correspondentes a R\$ 161,00 *per capita*. No estado, apenas um município teve o IDHM considerado muito baixo, para o qual foram destinados R\$ 2,30 milhões (0,11%),

ou R\$ 71,19 por habitante. Por outro lado, apenas oito municípios apresentaram IDHM alto, tendo 33,25% dos recursos (R\$ 682,17 milhões), o que resultou na média de R\$ 174,63 para cada um dos 3.906.307 habitantes.

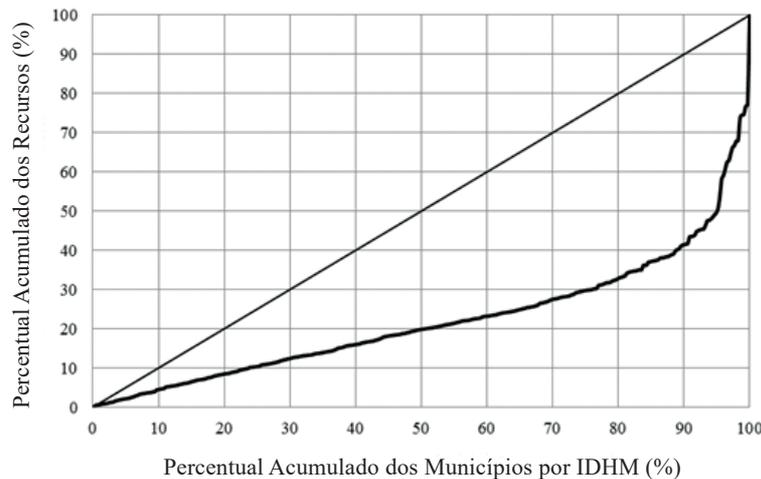
Em linhas gerais, depreende-se dos dados apresentados que as transferências federais para o SUS

seguiram a hierarquia do IDHM. Os municípios com alto IDHM, apesar de restritos, numericamente, receberam um volume de recursos bastante considerável e obtiveram a maior transferência *per capita*, enquanto os municípios com menor IDHM receberam, proporcionalmente, menos recursos, embora representando a maioria, com exceção da classificação do IDHM muito baixo, da qual apenas um município fez parte.

A mesma curva de Lorenz (Gráfico 2) registra graficamente o forte grau de concentração, quando se considera a distribuição dos recursos federais segundo ordem crescente de IDHM. Verifica-se que a curva se situou bastante distante da reta de incli-

nação de 45° que representa a máxima igualdade de distribuição. Apenas 20% dos recursos, cerca de R\$ 410,30 milhões, foram transferidos até o quinto decil, no qual se encontram os 219 municípios com os menores índices de desenvolvimento humano. Por outro lado, o último décimo, composto pelos 37 municípios baianos com melhores IDHM, deteve, aproximadamente, 60% dos recursos federais, ou seja, mais de R\$ 1,23 bilhões. Para se ter uma ideia ainda melhor do grau de desproporção e iniquidade, somente cerca de 0,40% dos recursos - pouco mais de R\$ 8,20 milhões - foram destinados ao primeiro décimo, que abrange os 46 municípios com os piores IDHM do estado da Bahia.

**Gráfico 2 – Distribuição dos recursos federais aos municípios do estado da Bahia por ordem crescente de IDHM, em 2010**



Fonte: Sistema de Informações sobre Orçamento Público em Saúde (SIOPS); Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento (PNUD)

Pelegri, Castro e Drachler (2005) encontraram diferentes resultados ao analisar a distribuição de recursos proposta pela política de Municipalização Solidária da Saúde do estado do Rio Grande do Sul em 2001. Ao contrário do que foi evidenciado no presente estudo, esses autores verificaram uma descentralização de recursos em favor tanto dos municípios com menor porte populacional quanto dos que apresentavam os menores índices de desenvolvimento, chegando a estimar, inclusive, até 50% das transferências para 34% da população que se concentrava nos municípios com os menores IDHM.

Já o Conselho Nacional de Secretários de Saúde (Brasil, 2006b), estudando a relação entre o IDH dos estados da federação e as transferências do Ministério da Saúde *per capita*, encontrou que uma distribuição de recursos próxima da igualdade pode significar iniquidade. O Rio Grande do Norte, por exemplo, recebeu, no ano de 2005, R\$ 125,91 *per capita*, e São Paulo, R\$ 126,43. Todavia, enquanto o IDH do primeiro era de 0,705, o segundo apresentava um dos melhores IDH do país, de 0,820.

Seja como for, se os melhores serviços se encontram nas regiões com os maiores IDHM; contra-

ditoriamente, as regiões que mais necessitam de serviços, por estarem em piores condições de saúde, são, justamente, as mais desassistidas (Coelho; Scatena, 2014).

## Considerações finais

A equidade deve ser o princípio orientador das políticas de saúde, a fim de que se possa promover a melhoria das condições de saúde e reduzir as desigualdades na capacidade de resposta das diversas localidades às necessidades de saúde de sua população.

Os resultados deste estudo mostraram que a distribuição de recursos federais para os municípios do estado da Bahia não foi equânime em 2010. Pelo contrário, constatou-se uma grande concentração de recursos destinada a poucos municípios de grande porte, que ofereciam, por sua vez, a maior parte dos serviços de saúde, em especial, em suas redes hospitalares. Esses achados indicam a insuficiência dos mecanismos distributivos vigentes na política de financiamento da saúde para reduzir satisfatoriamente as desigualdades regionais, ainda que dentro de um mesmo estado.

Se fosse considerada a distribuição dos recursos federais para a Secretaria de Saúde do Estado da Bahia, informação que se encontra no SIOPS apenas de forma agregada, a desigualdade estaria muito mais evidenciada, dado que os recursos geridos pelo ente estadual se concentram fortemente no financiamento das unidades hospitalares de grande porte que compõem a sua rede própria, locada em grandes municípios. Essa situação reforça a necessidade de maior aporte de recursos federais para a AB e políticas indutoras de desconcentração da MAC.

Notou-se, também, que os critérios atuais utilizados para a distribuição de recursos financeiros beneficiam municípios com os mais altos IDHM, favorecendo regiões privilegiadas socioeconomicamente, enquanto os municípios cujas populações encontram maiores riscos de adoecer e morrer permanecem sendo contemplados com recursos proporcionalmente menores em relação às suas necessidades de saúde.

A equidade no financiamento é essencial para o desenvolvimento do SUS. A distribuição dos recursos sem levar em conta a equidade compromete a atenção às populações com piores condições de vida e saúde, que terminam desassistidas e constringidas em seus direitos constitucionais.

Compreende-se que avanços significativos ocorreram e que, em um país com o porte do Brasil, as peculiaridades de suas regiões, representadas por condições demográficas, epidemiológicas, socioeconômicas, assistenciais, gerenciais e financeiras distintas, determinadas historicamente, não podem ser equacionadas senão por meio de um processo longo, negociado e persistente em seus preceitos. Todavia, a distribuição dos recursos precisa incorporar, de maneira ainda mais consistente, critérios de equidade que levem em consideração não apenas os acúmulos existentes, mas as necessidades de acúmulo de condições potencialmente capazes de reparar, em um prazo mais curto, as desigualdades que comprometem o alcance dos princípios e diretrizes do SUS.

## Referências

- BAHIA. Secretaria de Saúde do Estado da Bahia. Plano Estadual de Saúde 2012-2015. *Revista Baiana Saúde Pública*, Salvador, v. 36, p. 1-166, 2012. Suplemento 1.
- BARRETO, M. L.; CARMO, E. H. Padrões de adoecimento e de morte da população brasileira: os renovados desafios para o Sistema Único de Saúde. *Ciência e Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 12, p. 1779-1790, 2007.
- BRASIL. Ministério da Saúde. *Relatório final da 8ª Conferência Nacional de Saúde*. Brasília, DF, 1986.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Fundo Nacional de Saúde. *Gestão financeira do Sistema Único de Saúde: manual básico*. Brasília, DF, 2003.
- BRASIL. Ministério da Fazenda. Secretaria do Tesouro Nacional. *Receitas públicas: manual de procedimentos aplicado à União, Estados, Distrito Federal e Municípios*. Brasília, DF, 2004.

- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. Departamento de Apoio à Descentralização Coordenação de Integração Programática. *Regionalização solidária e cooperativa: orientação para sua implementação no SUS*. Brasília, DF, 2006a.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. *SUS: avanços e desafios*. Brasília, DF: CONASS, 2006b.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. *Sistema Único de Saúde*. Brasília, DF: CONASS, 2007.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. *O financiamento da saúde*. Brasília, DF: CONASS, 2011.
- BRASIL. Lei Complementar nº 141, de 13 de janeiro de 2012. Regulamenta o § 3º do art. 198 da Constituição Federal para dispor sobre os valores mínimos a serem aplicados anualmente pela União, Estados, Distrito Federal e Municípios em ações e serviços públicos de saúde. *Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil*, Brasília, DF, 16 jan. 2012. Seção 1, p. 1.
- BRASIL. Resolução da CIB nº 164, de 27 de maio de 2013. Aprova a transferência do município de Maraú, da região de saúde de Valença para a região de saúde de Itabuna. *Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil*, Brasília, DF, 28 mai. 2013. Seção 1, p. 29.
- BRAVEMAN, P.; GRUSKIN, S. Defining equity in health. *Journal of Epidemiology & Community Health*, London, v. 57, n. 4, p. 254-58, 2003.
- BUSS, P. M. et al. Saúde na agenda de desenvolvimento pós-2015 das Nações Unidas. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 30, n. 12, p. 2555-2570, 2014.
- CAMPOS, G. W. S. Reflexões temáticas sobre equidade e saúde: o caso do SUS. *Saúde e Sociedade*, São Paulo, v. 15, n. 2, p. 23-33, 2006.
- COELHO, T. C. B.; SCATENA, J. H. G. Financiamento do SUS. In: PAIM, J. S.; ALMEIDA-FILHO, N. (Org.). *Saúde Coletiva: teoria e prática*. Rio de Janeiro: MedBook, 2014. p. 271-286.
- HINO, P. et al. Necessidades em saúde e atenção básica: validação de instrumentos de captação. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, São Paulo, v. 43, p. 1156-1167, 2009. Número Especial 2
- HOFFMANN, R. *Estatísticas para economistas*. 3. ed. São Paulo: Thomson Pioneira, 2002.
- MATOS, J. D. *Distribuição de renda: fatores condicionantes e comparação entre as regiões metropolitanas pesquisadas pela PED*. Porto Alegre: FEE, 2005.
- MEDEIROS, M. *Princípios de justiça na alocação de recursos em saúde*. Texto para discussão nº 687. Rio de Janeiro: IPEA, 1999.
- MEDEIROS, M. *Uma introdução às representações gráficas da desigualdade de renda*. Texto para discussão nº 1202. Brasília, DF: IPEA, 2006.
- MENDES, A.; LEITE, M. G.; MARQUES, R. M. Discutindo uma metodologia para a alocação equitativa de recursos federais para o Sistema Único de Saúde. *Saúde e Sociedade*, São Paulo, v. 20, n. 3, p. 673-690, 2011.
- NUNES, A. *A alocação equitativa inter-regional de recursos públicos federais do SUS: a receita própria do município como variável moderadora*. Relatório de Consultoria. Consolidação do Sistema de Informações sobre Orçamentos Públicos em Saúde - SIOPS. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2004.
- NUNES, B. P. et al. Desigualdades socioeconômicas no acesso e qualidade da atenção nos serviços de saúde. *Revista de Saúde Pública*, São Paulo, v. 48, n. 6, p. 968-976, 2014.
- PELEGRINI, M. L. M.; CASTRO, J. D.; DRACHLER, M. L. Equidade na alocação de recursos para a saúde: a experiência do estado do Rio Grande do Sul, Brasil. *Ciência e Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 10, n. 2, p. 275-286, 2005.
- PNUD - PROGRAMA DAS NAÇÕES UNIDAS PARA O DESENVOLVIMENTO. *Atlas do desenvolvimento humano no Brasil 2013*. Brasília, DF: PNUD, IPEA, FJP; 2013. Disponível em: <<http://www.pnud.org.br/arquivos/idhm-brasileiro-atlas-2013.pdf>>. Acesso em: 12 jan. 2015.

- PORTO, S. et al. Alocação equitativa de recursos financeiros: uma alternativa para o caso brasileiro. *Saúde em Debate*, Rio de Janeiro, v. 27, n. 65, p. 376-388, 2003.
- PORTO, S. et al. Avaliação de uma metodologia de alocação de recursos financeiros do setor saúde para aplicação no Brasil. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 23, n. 6, p. 1393-1404, 2007.
- ROSA, M. R. R.; COELHO T. C. B. O que dizem os gastos com o Programa Saúde da Família em um município da Bahia? *Ciência e Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 16, n. 3, p. 1863-1873, 2011.
- SCHNEIDER, M. C. et al. Métodos de mensuração das desigualdades em saúde. *Revista Panamericana de Salud Pública*, Washington, DC, v. 12, n. 3, p. 1-16, 2002.
- SEN, A. *A ideia de Justiça*. São Paulo: Companhia das Letras, 2011.
- TELES, A. S.; COELHO, T. C. B. Gasto público federal com medicamentos em uma macrorregião de saúde. *Cadernos de Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 19, n. 3, p. 264-70, 2011.
- UGÁ, M. A. D. et al. Descentralização e alocação de recursos no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). *Ciência e Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 8, n. 2, p. 417-437, 2003.
- UGÁ, M. A. D.; PORTO, S. M.; PIOLA, S. F. Financiamento e alocação de recursos em saúde no Brasil. In: GEOVANELLA, L. et al (org.). *Políticas e Sistemas de Saúde no Brasil*. 2. ed. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2012. p. 395-425.
- VAZQUEZ, D. A. Efeitos da regulação federal sobre o financiamento da saúde. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 27, n. 6, p. 1201-1212, 2011.
- VIANNA, S. M. et al. *Medindo as desigualdades em saúde no Brasil: uma proposta de monitoramento*. Brasília, DF: Organização Pan-Americana da Saúde, Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada, 2001.
- WHITEHEAD, M. *The concepts and principles of equity and health*. Copenhagen: World Health Organization. 2000.
- WHO. *Guide to producing national health accounts: with special applications for low income e middle-income countries*. Geneva: World Health Organization, 2003.

---

### Contribuição dos autores

Teles colaborou na concepção, estruturação, coleta, análise e interpretação dos dados e na redação do artigo em todas as versões. Coelho participou da concepção, estruturação, análise e interpretação dos dados e na redação do artigo em todas as versões. Ferreira participou da concepção, análise e interpretação dos dados e na redação do artigo em todas as versões.

Recebido: 14/07/2015

Reapresentado: 20/04/2016

Aprovado: 20/06/2016